Autorización para divulgación y uso de información de salud

Alumno	Fecha de nacimiento	
Autorizo a divulgar la siguiente información de salud del alumno antes mencionado (según lo que se designa a continuación) De: _____ A: (Persona de contacto) _____ Dirección: _____ En: (Escuela o distrito) _____ Ciudad, estado y código postal: _____ Dirección: _____		
La información que se divulga será utilizada para los siguientes fines (marque con una tilde todas las que correspondan):		
☐ Educativos ☐ Legales	☐ Médicos ☐ Otros	☐ Personales
Información específica que se divulgará (marque todas las que correspondan) para fechas de tratamiento _____ a _____.		
☐ Registros completos ☐ Registros de consultas ☐ Informes psicológicos ☐ Informes de salud mental ☐ Otro _____	☐ Resumen de altas ☐ Registros de terapia física y ocupacional ☐ Resúmenes de intervención ☐ Informes de lenguaje y habla	☐ Registros de vacunas ☐ Registros de educación especial ☐ Resultados de evaluación ☐ Notas sobre el progreso
<p>Esta autorización tendrá vigencia por seis (6) meses a partir de la fecha de su firma. Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización a la escuela o al médico del alumno en nombre de mi hijo menor de edad al suministrar una notificación escrita al proveedor de atención médica de acuerdo con las políticas de dicho proveedor. La revocación no afecta la divulgación de las historias clínicas realizadas con anterioridad.</p> <p>Comprendo que el proveedor de atención médica no es responsable por ninguna divulgación posterior de la información divulgada por la escuela o el distrito. Así mismo, comprendo que la divulgación de las historias clínicas puede ser parte de los expedientes educativos del alumno y dichas historias pueden ser entregadas a otra escuela que el alumno busque o en la cual intente inscribirse. La escuela y el distrito protegerán esta información según lo estipula la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (FERPA).</p> <p>La firma de este formulario es voluntaria. Rehusarse a firmarlo no afectará el compromiso de la escuela o el distrito a suministrar educación de calidad al alumno. Sin embargo, los registros solicitados pueden requerirse para que la escuela implemente un plan de estudios adecuado, adaptaciones y modificaciones especiales y atención médica.</p> <p>Comprendo que, si autorizo la divulgación de la información antes mencionada a cualquier persona u organismo al cual no se le exija mantenerla en confidencialidad, dicha información podrá no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 u otra ley estatal o federal.</p> <p>Comprendo que poseo el derecho a obtener una copia de este formulario una vez firmado y que puedo inspeccionar la información que se divulga.</p> <p>Al firmar a continuación, autorizo a divulgar y utilizar esta información según los derechos, restricciones y acuerdos mencionados anteriormente.</p>		
_____ Firma del padre, tutor legal o alumno mayor de edad	_____ Fecha	
La autorización expira _____ <div style="text-align: center;">Fecha</div>		
Copia para el (los) padre(s) _____		